## 問 診 表

			I THI I						
ご記入日:	年	月	日						
フリガナ				生年月日	大·昭·平·令	年	月	日	歳
氏 名				携帯電話	_		_		
				電話番号	_		_		
ご住所		_		*昼間ご追	<b>連絡可能な番号を</b>	ご記入く	ださい	<u> </u>	
該当する項目に				ご不明な籄	i所は空欄のま	までお出	当しく:	ださい	١)
症状のある	部位に○印を	記入してく	ださい	<b>.</b>					
				本日受診されるのは?   □皮膚科 □形成外科 □アレルギー科   □美容的な相談 □わからない   □プラセンタ(相談・希望) □その他( )   □その他( ) )					
					いつ頃から見ら 日前から) っない			月 前カ 	15)
	□痛み  □	□赤み □できも		□ニキビ の他の発疹	, ,				
									)
		1 かい・バオ	、 主 7 未						,
現在何か他のタ	    	ますか?							
□いいえ □はい(									)
現在何かお薬る	 を使用されて	ていますだ	17 ?						
□いいえ [		= · / · · ·							)
· = -	`								,

今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?

)

□いいえ □はい(

\*裏面も記入してください。

今までに大きな病気や怪我・手術・入院などをされたことがあります	一力1?
□いつ頃ですか?(	)
□入院( ) □手術(	)
□特に無い	
現在妊娠中または授乳中ですか?	
□いいえ □はい (妊娠中・授乳中)	
本日、知りたい事、ご希望などあればご記入ください。	
(例:プラセンタについて知りたい。ヒアルロン酸について知りたい	<b>,</b> )
	<u>`o /</u>
さとうクリニックを何でお知りになりましたか?	
□家が近い □職場が近い □紹介(ご紹介者様のお名前	様)
□インターネット ( □Twitter □Instagram □その他	)
□駅、またはビルの看板	,
□その他(	)
	,

ありがとうございました。

ご記入いただいた内容は診療および院内資料以外に使用する事はございません。

さとうクリニック 院長 佐藤 拓二